

## Tra accoglienza ed esclusione: per un intervento competente sulle vulnerabilità dei migranti forzati

Il workshop si colloca all'interno del **Progetto FAMI 2219 "Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati"**

*Capofila: Regione Marche / ARS / Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute*

*Partner:*

*ASUR Marche*

*Coop. Sociale On the Road,*

*Coop. Sociale Nuova Ricerca Agenzia Res,*

*Coop. Sociale Vivere Verde Onlus*

Il workshop ha voluto avviare una riflessione ed un confronto tra vari soggetti con l'obiettivo di porre le basi per realizzare una strategia di comunicazione e di lavoro insieme - tra i servizi sanitari e le strutture di accoglienza dei migranti forzati e chi fa il lavoro in strada - per la prevenzione e la "cura" del disagio mentale dei migranti accolti nei centri e di quelli in condizione di vagabondaggio e di esclusione sociale.

Al fine di favorire il riconoscimento precoce delle problematiche psicopatologiche di tali soggetti si ritiene infatti indispensabile mettere in campo azioni per migliorare la collaborazione tra il servizio sanitario e i soggetti privati del territorio che se ne occupano perché il processo di "deistituzionalizzazione" può avvenire solo con e nella comunità.

Per questo occorre realizzare un modello organizzativo **di psichiatria territoriale e integrata** e un **approccio culturale appropriato comune** dove saranno fondamentali il modello dell'etnopsichiatria e l'impiego sistematico della mediazione interculturale, quest'ultima indispensabile per la comprensione dei diversi orizzonti culturali e la decodifica dei segnali della sofferenza.

Durante il workshop i vari attori si sono confrontati portando la loro esperienza ed il confronto è avvenuto anche con l'esperienza nella Regione Toscana.

I temi:

<https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS/Salute-mentale-migranti-forzati-e-MSNA#Tra-accoglienza-ed-esclusione>

**Carletti** - le diseguaglianze nella salute di gruppi all'interno della società derivano da condizioni di "deprivazione" (economica, relazionale, culturale); le condizioni di vulnerabilità strutturale – ovvero l'esclusione dai canali di accesso alle risorse materiali e relazionali, alle opportunità e ai diritti – è causa delle diseguaglianze nella salute, di esiti peggiori nella salute, che sono sistematiche, ingiuste ed evitabili;

la salute come diritto del singolo ma anche come bene comune (come è emerso ad esempio durante la pandemia COVID19);

la risposta ai bisogni di salute dei gruppi vulnerabili richiede un forte impegno del servizio sanitario pubblico e non essere demandata a soggetti *caritatevoli*;

le norme costituiscono una cornice fondamentale e in Italia, a partire dalla Costituzione, è stato istituito il Servizio sanitario nazionale a tutela di tutti i cittadini. Riguardo alla tutela della salute degli immigrati le norme italiane sono inclusive, e garantiscono i livelli essenziali di assistenza anche alle persone “senza documenti”. La realtà, purtroppo, dimostra che troppo spesso prassi/normative locali e forte differenziazione tra i Servizi Sanitari Regionali rappresentano veri ostacoli alla tutela della salute e all’accesso di servizi. Per questo è stata richiamata la necessità di riferirsi all’Accordo Stato Regioni sull’assistenza sanitaria agli immigrati del 2012.

**Castelli** (On the Road) il punto di vista e le esigenze dalla strada – (si veda relazione)

Elemento saliente: il lavoro di strada (la scienza della strada) necessario per canalizzare i bisogni ai servizi (sanitari)

**Fulimeni** (NRAR) il punto di vista e le esigenze dei Centri di accoglienza (relazione?)

Elemento saliente: urgenza di riconoscere e trasferire il lavoro degli operatori sociali del privato ai Servizi (sanitari), in una relazione integrata stabile

**Cardamone** (Direttore Area salute Mentale Adulti DSMD Azienda USL Toscana Centro, responsabile FAMI Toscana 2103)

Il progetto SPRINT (Sistema di PRotezione INTerdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati) è iniziato nel 2016 ed in fase di avvio un secondo progetto in continuità con il primo. Da segnalare che per mantenere il Progetto la Regione Toscana ha destinato delle specifiche risorse proprie, proprio per stimolare e aumentare la consapevolezza a livello dei DSM

<http://www.centrosaluteglobale.eu/sprint/>

Nel contesto dell’accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, la problematica della vulnerabilità psichiatrica risulta essere ancora sottostimata, nonostante l’incidenza di problematiche di salute mentale sia alta anche in conseguenza degli eventi traumatici legati alla migrazione.

Le strutture di accoglienza, che rappresentano il primo e principale luogo di interazione fra i migranti in arrivo e i territori, risultano però generalmente poco preparate a fornire risposte alle problematiche di salute mentale delle popolazioni migranti, a causa di fattori organizzativi generali e della limitata competenza o esperienza nella decisione diagnostica e terapeutica. **È quindi necessario aumentare le capacità di individuazione delle problematiche di salute mentale, a livello degli operatori sociali, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), e di stabilire efficienti ed efficaci modalità di collaborazione fra il livello dell’accoglienza e i servizi pubblici di salute mentale.**

L’obiettivo è quello di facilitare la relazione tra il servizio sanitario pubblico e i soggetti privati

Nella presentazione vengono illustrate le modalità operative.

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS>

Da segnalare:

Gruppo interdisciplinare regionale

Equipe mobili multidisciplinari (etnopsicologi, antropologi, educatori professionali, mediatori interculturali, che hanno ricevuto una formazione “operativa”) con funzione di:

- Valutazione delle situazioni di vulnerabilità psicopatologica,
- Presa in carico clinica a breve termine, (che significa alcuni incontri con gli utenti per un periodo “breve” ,anche qualche mese, che poi vengono “passati” al DSM
- Consulenza e supervisione per le strutture di accoglienza,
- Facilitazione della collaborazione tra i Servizi Sanitari pubblici e le organizzazioni impegnate a vario titolo nell’accoglienza ed assistenza

Questi operatori si rapportano direttamente con i Centri di accoglienza e con i DSM; si muovono nel territorio con mezzi propri (sono pagati dal Progetto e con specifico finanziamento Regione Toscana?)

Effettuano i colloqui negli spazi SPRINT

- scheda di attivazione intervento (richiesta dai Servizi sanitari)
- scheda di attivazione intervento (richiesta dai Centri di accoglienza)
- scheda di segnalazione (che potrebbe essere l’equivalente delle nostre due griglie di osservazione (NRAR e OtR)

Altro spunto: l’uso delle tecnologie come strumento di vicinanza e facilitatore della comunicazione

Secondo intervento Cardamone

In Italia i Servizi Territoriali della Salute Mentale sono stati sostitutivi e non cumulativi ai reparti di ricovero: esperienza rilevante sul piano culturale, politico, sociale, in tal modo veramente si è incominciato a parlare di inclusione (inserimento lavorativo ecc). Un cambio di visione per sottrarre le persone ad un contesto anti-terapeutico perché gerarchico, autoritario ed in fin dei conti oppressivo e stigmatizzante; un esercizio democratico della psichiatria che comporta una specifica alleanza terapeutica.

Il territorio come nuovo ambito istituzionale dell’accoglienza

Anche l’epidemia COVID19 ha mostrato quanto sia importante l’attività territoriale e sostenerla

**Si segnala l’importanza di questi passaggi:**

1. necessità di alfabetizzare gli operatori DSM su come funziona il sistema di accoglienza,

2. prendere conoscenza delle *tensioni* specifiche esistenti tra operatori dei centri e DSM,
3. prendere coscienza delle dinamiche all'interno dei centri, tra gli ospiti,
4. prendere coscienza delle pressioni istituzionali sull'ospite (permessi di soggiorno, attese della Commissione, dinieghi, ricorsi...), delle sue aspettative e dei tanti bisogni extra sanitari, extra clinici,
5. riconoscere la "domanda" di cura, la sua intensità, la specificità clinica (trauma, non trauma, vissuto, cultura. Anche la corretta analisi del trauma e la sua "risoluzione" non risolve tutti gli "enigmi" clinici, perché conta la trama culturale !!

**Occorre innanzitutto affrontare questi punti, poi la questione della relazione/comunicazione e solo dopo affrontare la questione dell'approccio etnopsi**

**Quindi è molto importante rafforzare la multi professionalità e "aprire" il contesto di cura!**

### Questioni segnalate dai presenti MARCHE

- Carenza molto grave di personale nei DSM
- Sottofinanziamento dell'Area Salute mentale Marche<sup>1</sup>
- Assenza di mediazione interculturale e, laddove presente (AV2) netto peggioramento della situazione a causa della sostituzione del precedente "fornitore" Associazione Senza Confini con un call center.
- In relazione al COVID19:

rispetto delle regole di prevenzione della diffusione molto buono

NRAR: fa sierologici agli operatori e agli ospiti dei centri, a loro spese e i costi sono alti

Labirinto: nessun controllo (tamponi solo ai nuovi arrivi)

- Etnopsichiatria e mediazione interculturale: notevole ritardo nella regione
- Ha pesato in questi 4 anni l'assenza di un assessore al welfare (sanità e sociale)
- Urgenza di servizi pubblici con competenza interculturale trasversale
- Strutture "riabilitative": scarse e non "adeguate" alla tipologia di utenza
- Assoluta carenza di SPRAR Salute mentale
- Peggioramento del sistema di accoglienza a seguito delle leggi sicurezza con attuale assenza dei "servizi" alla persona nei CAS ecc
- Forte esigenza da parte degli operatori dei centri di acculturazione specifica per il riconoscimento del disagio psichico

<sup>1</sup> <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato189509.pdf>

Nella Regione Marche nel triennio 2015-2017 si evidenzia un costo pro-capite per la salute mentale inferiore del 24,3% e della spesa sul FRS inferiore del 25,0% rispetto ai valori di riferimento nazionali. Rispetto ai valori di riferimento nazionali i servizi di Salute Mentale, dispongono di una dotazione di personale ridotta (-17,5%), associata ad una riduzione di prevalenza e incidenza trattata (rispettivamente -21,3% e -63,6%) e una capacità prestazionale decisamente inferiore alla media nazionale (-42,6%).

- Proposta ASUR:

Miniéquipe DSM ASUR salute mentale (Pedrolli)

Da discutere

## Addendum partecipanti al webinar

Complessivamente le due edizioni del Webinar (3 incontri per ciascuna edizione) hanno avuto 101 partecipanti di cui 10 hanno partecipato ad un solo incontro, 26 a due incontri, 65 a tre incontri

Di seguito l'appartenenza dei partecipanti:

Ente di appartenenza	n. partecipanti	
Coop. Soc. Nuova Ricerca Agenzia Res	14	
Coop. Soc. On the Road	11	
DSM ASUR Marche	11	
Coop. Soc. POLO9	8	
Fondazione Caritas Senigallia	5	
ARS Marche	4	
Associazione Senza Confini	4	
Soc. Coop. Vivere Verde	4	
Associazione Mandala	2	
Casa della Gioventù Soc. Coop. Senigallia (M)	2	
CVM	2	
ASUR (Coordin. Eammin. FAMI)	2	
Coos Marche	2	
"Casa Antonia" - Suore Oblate del SS Redent	1	
ASUR Promozione Salute	1	
ASUR Medicina legale AV2	1	
Centro ascolto MC	1	
Compagna del sorriso ONLUS	1	TERAMO
Coop. Soc. Pane & Rose Onlus	1	PRATO
Emergency	1	RAGUSA
Coop. Soc. Labirinto	1	
Direz. Ammin. Osp. Macerata	1	
UNHCR	1	PERUGIA
Anolf Marche	1	
Arci Comitato Regionale Toscano	1	FIRENZE
Continuità assistenziale ASUR Marche	1	
British Red Cross Young Refugee Service	1	LONDRA
Comunità dei giovani (antitratta)	1	VENEZIA
Coop. Soc. Medihospes	1	TERAMO
Cooperativa comunita dei giovani Prog. N.A.v	1	VENEZIA
Coop. Soc. Lella 2001	1	
GUS Marche	1	
EBENEZER 2017 APS	1	FIRENZE
Refugees Welcome e GRIS Marche	1	
IOM	1	
Maastricht University (studentessa)	1	
Neuropsichiatra infantile	1	
Prefettura Macerata	1	
Università degli Studi di Bologna (studentessa)	1	BOLOGNA
Università la Sapienza	1	ROMA
Non identificato	3	
<b>Totale</b>	<b>101</b>	

Per l'89% si tratta di operatori sociali dell'accoglienza migranti forzati e minori non accompagnati. Si rileva una scarsa partecipazione da parte degli operatori dei DSM Marche e una totale assenza degli psichiatri.

Per i DSM ASUR MARCHE hanno partecipato 11 operatori: 4 psicologi, 3 assistenti sociali, 3 educatori, 1 psichiatra (in pensione)

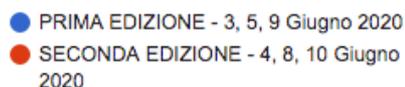
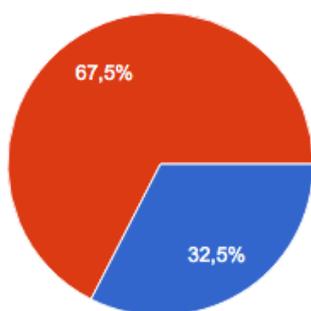
In riferimento alle Aree Vaste la tabella riporta le figure professionali presenti:

Area Vasta	Figure professionali
AV1	1 educatrice, 1 psicologa
AV2	1 assistente sociale, 1 psicologo tirocinante, 1 psichiatra (in pensione)
AV3	1 psicologa
AV4	1 educatrice, 1 assistente sociale
AV5	1 educatrice, 1 psicologa, 1 assistente sociale

### Questionario di valutazione

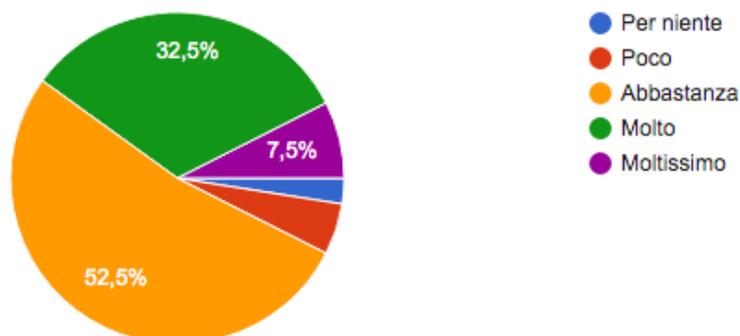
A quale edizione ha partecipato?

40 risposte



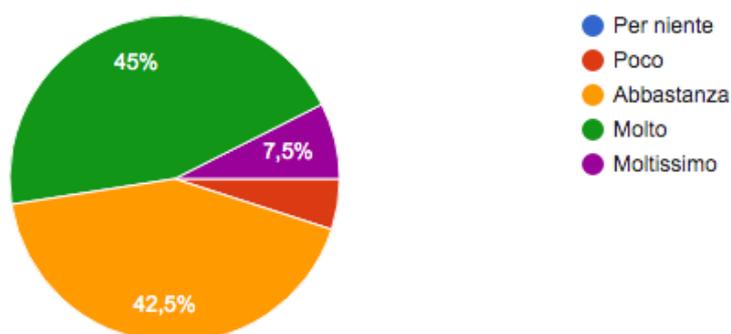
L'attività seminariale è risultata rispondente alle sue aspettative iniziali?

40 risposte



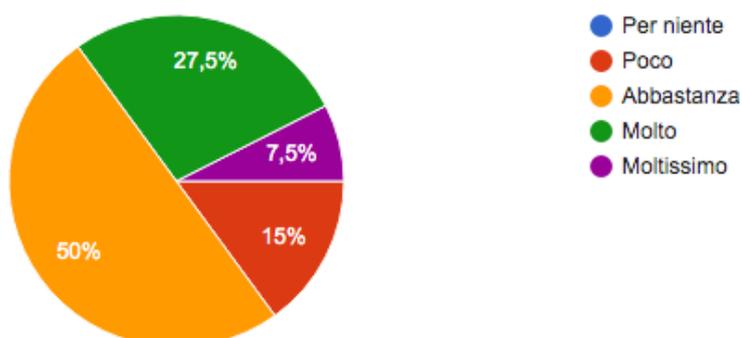
In quale misura sono stati raggiunti gli obiettivi dichiarati?

40 risposte



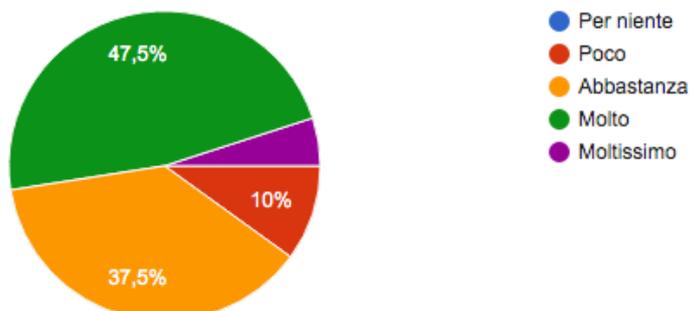
Quanto ritiene di aver migliorato le sue competenze dalla partecipazione al seminario?

40 risposte



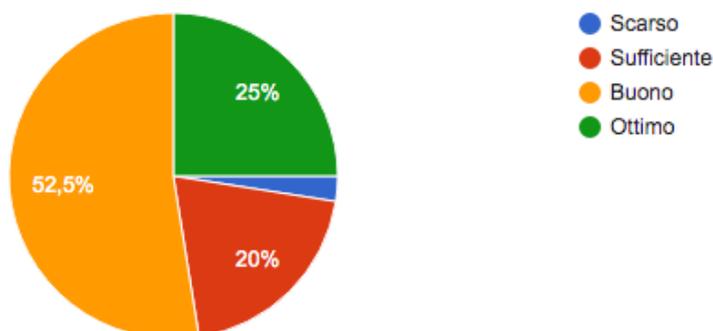
Il seminario, complessivamente, è stato coerente alle esigenze del suo ruolo professionale?

40 risposte



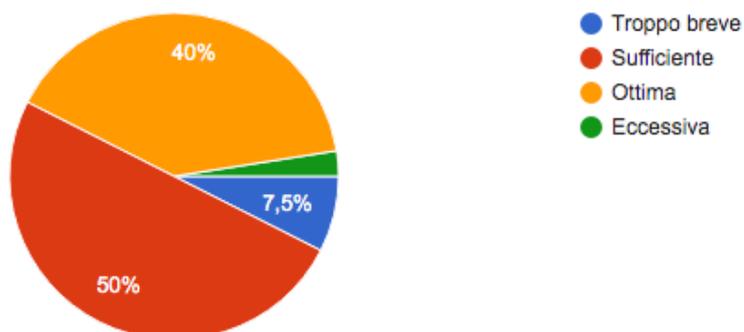
Come valuta il tipo di interattività consentito dalla tecnologia utilizzata?

40 risposte



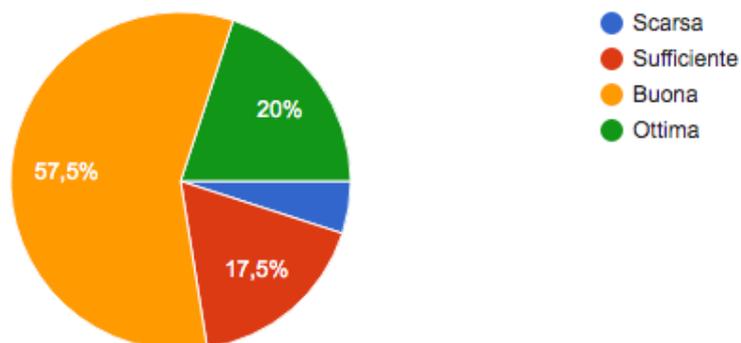
Come valuta la durata complessiva del seminario in relazione ai contenuti trattati?

40 risposte



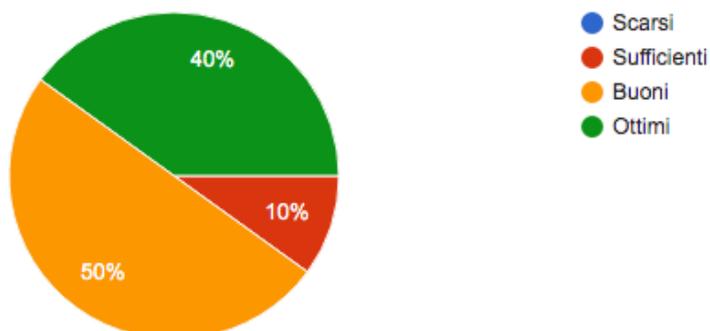
Come valuta l'efficacia delle tecniche e dei metodi di esposizione impiegati?

40 risposte



Come valuta gli aspetti organizzativi?

40 risposte



A cura di Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

16/6/2020 e 2/7/2020